

رقم الموافقة المسبقة	أقصى تكلفة تمت الموافقة عليها
التاريخ:	أقصى مدة إقامة تمت الموافقة عليها
التوقيع المعتمد:	

و- رد سيب للتأمين

ملحوظة: في حالة تجاوز تكلفة العلاج التي تمت الموافقة عليها أو الحد الأقصى للإقامة، يجب الحصول على موافقة أخرى قبل الخروج من المستشفى. تقع المسؤولية على المريض في دفع جميع الرسوم التي لم يتم الحصول على موافقة بشأنها ويتعين على المستشفى / العيادة استردادها من المريض قبل الخروج من المستشفى.